

**PSYCHOLOOG020**

**Praktijk voor**

**Psychotherapie, Coaching & Training**

**Drs. Francine Wong Loi Sing-Witz**

**Psycholoog NIP, lid NVPA, RBCZ & NVECP**

**BEHANDELOVEREENKOMST**

**A. personalia cliënt(e)**

Voorletters en achternaam:……………………………………………………...................................

Voornaam:…………………………………………………………………………………………………………..

Straat en huisnummer:…………………………………………………………………………………………

Postcode en woonplaats: ………………………………………………………………………………………

Tel. nummer:………………………………………………………………………………………………….

Mail:…………………………………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum:………………………………………………………………………………………………....

Burgerlijke staat:………………………………………………………………………………………………….

Beroep:……………………………………………………………………………………………………………….

**B: gegevens huisarts**

Naam:……………………………………………………………………………………………………………..

Adres en tel. nummer:………………………………………………………………………………………….

Geeft u toestemming om uw huisarts /bedrijfsarts en/of verwijzer op de hoogte te stellen van uw aanmelding?

□ Ja □ nee

Geeft u toestemming om na afloop van de behandeling de huisarts/bedrijfsarts en/of verwijzer te informeren?

□ Ja □ nee

**C. Algemene gezondheidsinformatie**

Heeft u fysieke klachten?

□ Nee □ ja, nl:………………………………………………………………………………………

Bent u de afgelopen 6 maanden onder medische, psychologische en/of psychiatrische behandeling geweest?

□ Nee □ ja, nl:………………………………………………………………………………………

Heeft u waarvoor u nu in therapie komt ook andere hulpverleners geraadpleegd?

□ Nee □ ja, nl:………………………………………………………………………………………

Is er een diagnose gesteld:

□ Nee □ ja, nl:………………………………………………………………………………………

**D. Middelengebruik**

Gebruikt u medicijnen?

□ Nee □ ja, nl:………………………………………………………………………………………

Voorgeschreven door:……………………………………………………………………………................

Gebruikt u drugs?

□ Nee □ ja, nl:………………………………………………………………………………………

frequentie/hoeveelheid:……………………………………………………………………………………….

Drinkt u alcohol?

□ Nee □ ja, nl:………………………………………………………………………………………

**E. Vanwege welke klachten of problemen wilt u in behandeling?**

………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**F. Heeft u enig idee over de oorzaak en/of de aanleiding van uw klachten of problemen?**

..........................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**G. Wat zou u willen bereiken met de behandeling?**

..........................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**H. Andere informatie die van belang kan zijn voor de therapie?**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

De betalingsvoorwaarden/tarieven, de klachtenprocedure en de privacy wetgeving (zie volgende pagina’s) behoren standaard bij deze behandelovereenkomst.

Datum:……………………………………………………. Plaats:………………………………………………

Naam therapeut: drs. F. V. Wong Loi Sing – Witz

NIP: 93844

NVPA: 100325

NVECP: 10032

RBCZ: R204530

Handtekening therapeut:……………………………………………………………………………………

Handtekening cliënt:………………………………………………………………………………………….

**I.** **Tarieven, vergoedingen en betalingsvoorwaarden**

**Tarieven**

**Individuele therapie voor volwassenen en kinderen**

Sessie 50 minuten 106 euro

**Relatietherapie**

Relatiegesprek 60 minuten 170 euro

Relatiegesprek 90 minuten 235 euro

**Zakelijke coaching ZZP-er (btw plichtig)**

Consult 50 minuten 130 euro excl. 21% btw

Consult 75 minuten 190 euro excl. 21% btw

**Coaching voor bedrijven**

Offerte op aanvraag

**Andere diensten**

Schrijven van verslagen euro/uur 120 euro/uur

Thuis en schoolobservatie 120 euro/uur

(reistijd wordt ook in rekening gebracht)

Voor afspraken na 18 uur wordt 20 euro extra gefactureerd.

**Vergoedingen**

Veel verzekeringen vergoeden de behandelingen uit de aanvullende verzekering onder de noemer “alternatieve zorg”. Alle registratienummers vindt u op de facturen vermeld.

Relatietherapie komt in de meeste gevallen niet in aanmerking voor vergoeding.

**Betalingsvoorwaarden**

* De consulten worden door Infomedics bij u in rekening gebracht
* Infomedics hanteert een betalingstermijn van 30 dagen
* Infomedics is gerechtigd de nodige maatregelen te nemen om het openstaande bedrag te incasseren
* Als u niet in staat bent om uw nota op tijd te betalen, neemt u dan contact op met de klantenservice van Infomedics
* Zakelijke coaching voor ZZP-ers wordt maandelijks gefactureerd
* Annuleren van een sessie dient minimaal 24 uur van tevoren te gebeuren, anders wordt het volledige bedrag in rekening gebracht.

**K. Klachten**

Mocht u onverhoopt ontevreden zijn dan hoor ik dat natuurlijk het liefst heel graag van u zelf. Dan hoop ik in een gesprek met u het te kunnen oplossen.

Komen we er samen niet uit, dan kunt u een beroep doen op een klachtenfunctionaris die u kan bijstaan. Dit valt onder het klachtrecht van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). U kunt hiervoor contact opnemen met mijn beroepsvereniging het NVPA (www.nvpa.org)
In navolging van deze wet ben ik ook aangesloten bij een geschilleninstantie en dat is de S.C.A.G. ([www.scag.nl](http://www.scag.nl)). Ik sta daar geregistreerd onder het nummer 174934.
Als geregistreerd therapeut (licentienummer: R204503) val ik onder het Tuchtrecht van de RBCZ (zie [http://www.tcz.nu](http://www.tcz.nu/)).

**L. Privacy**

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik als uw behandelende therapeut, een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de WGBO. Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand of dat van uw kind en gegevens over mogelijke de uitgevoerde onderzoeken, diagnoses en behandelingen.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts.

Ik doe mijn best om uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat ik:

* zorgvuldig omga met uw persoonlijke en medische gegevens,
* ervoor zorg dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens

Als behandelende therapeut van u heb ik als enige toegang tot de gegevens in het dossier.

Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).

De gegevens uit uw dossier kunnen ook voor de volgende doelen gebruikt worden:[[1]](#footnote-1)

* Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming.
* Voor de waarnemend collega tijdens mijn afwezigheid, mocht dit noodzakelijk zijn.
* Voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing.
* Een paar gegevens uit uw dossier worden gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik of mijn administrateur, een factuur kan opstellen.
* Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen.
* Deze gegevens in het cliëntendossier blijven, zoals de wet op de behandelovereenkomst vereist, 15 jaar bewaard.

PRIVACY OP DE ZORGNOTA

Op de zorgnota die u ontvangt, staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota eventueel kan declareren bij uw zorgverzekeraar.

* Uw naam, adres en woonplaats
* uw geboortedatum
* de datum van de behandeling
* een korte omschrijving van de behandeling, zoals bijvoorbeeld integratieve therapie met daarbij de prestatiecode zoals zorgverzekeraars deze hebben opgesteld
* de kosten van het consult.

1. [↑](#footnote-ref-1)